OTROS CONCEPTOS

UGB

ST. 201

FALLECIDO: ROSA AÑÓN FANDIÑO

Fecha de fallecimiento 14 DE ABRIL DE 2024

Domicilio BAR DE ARRIBA, 13 - SANTIAGO

Teléfonos: 601105758 - MERCEDES

MERIDIANO 43 SOE

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1'90	994'91
Capilla ardiente X TOURAC	Libro firmas Si	037'34 53 27'70
Gestión Funeraria Si		170
Carroza Traslado X DOMICILIO - TANATORIO		105
MARTES Prensa X CORREO, 2		205
Esquelas: X Muertos sin pie a familia		
17:00 Radio X UGT LUNES		111'57
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento BRIONES X Recogen 16:30 en hospedería		45
Turismo ..... id. X NO inscripción (Habla fam. con GBZ)		
Certificado médico X Si		3
Registro Civil X SANTIAGO X Pinolo	Carroza SI	120/105/50
X Ayunt.º: Sepultura 10788 X Retirar lápida y enterrar arriba)		
Iglesia X CAPILLA COMPLEJO		149
Incineración —	Funerales	
Urna cenizas —		70
Cantores X Javier	Sres. curas X D. RICARDO X Datos	60
Flores 1 CORONA ROSAS ROSAS: TU HIJO MANOLO Y KCHI •		
1 CORONA ROSAS BLANCAS: TUS NIETAS, NIETOS POÚTICOS Y BIZNETA •		
1 CENTRO 18 R. BLANCAS ENCIMA CAJA: TU BIZNETA BÁRBARA •		
X SUDARIO		34'10
X 4 Tijitas parking X CUBRE DIF.		34'10

FALLECIDO:

Nombre ROSA AMÓN FANDIÑO D.N.I. Nº 33146815-C

id. de los padres ANDRES / PURIFICACIÓN

Naturaleza VAL DO DUBRA Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 01 DE AGOSTO DE 1937

Profesión Estado VIUDA Domicilio BAR DE ARRIBA, Nº 13 SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento:

Fecha: 20:25 horas del día 14 de ABRIL de 2024

Domicilio BAR DE ARRIBA, Nº 13

Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I..

domiciliado en

L SEÑOR

D/ña. ROSA AMÓN FANDIÑO (VIUDA DE MANUEL LAFUENTE RIAL) (VECINA DE BAR DE ARRIBA - SANTIAGO)

falleció en en el día de 14/04/24 a los 86 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos MANUEL LAFUENTE AMÓN

Hijos políticos MARÍA DEL CARMEN BILBAO

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos HERMOSINDA AMÓN FANDIÑO

Hermanos políticos Si

FANNY Y JESSICA LAFUENTE; NIETOS POLÍTICOS

Nietos 4 Bisnietos BÁRBARA Tios Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
AÑON
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
FANDIÑO
NOMBRE / NOME
ROSA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
01 08 1937
IDESP
AGH110874
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

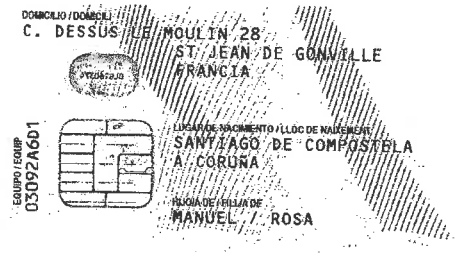
ÑFR

DNI NÚM.
33146815C

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
VAL DO DUBRA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA/PAIS
A CORUÑA
NOMBRE DEL PADRE
ANDRES / PURIFICACION
DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. BAR ARRIBA 13
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA/PAIS
A CORUÑA
FORMATO / FORMATO
15771L6D1

IDESPAGH110874633146815C<<<<<<
3708019F9901018ESP<<<<<<<<<<<1
ANON<FANDINO<<ROSA<<<<<<<<<<<<

FALLECIDA



IDESPBLG160374733260334B<<<<<<
6207177M2912235ESP<<<<<<<<<<<1
LAFUENTE<ANON<<MANUEL<<<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJO)

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA -

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

https://certificados.cgcom.es

1RNCISU2GH

Id. electrónico/*Id. electrónico*

Colegio de / *Colexio de*

Sello/*Carimbo*

105441611

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. 8905872 DRA. ANA SÁNCHEZ
D. / Dna. CORREDOIRA 15/1512097

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Santiago de Compostela, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en *, co número*

y con ejercicio profesional en PAC SANTIAGO
e con exercicio profesional en

Colegio actual / *Colexio actual*: 15 — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 12097 — 1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** ROSA

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** AJO

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** FANDIÑO

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día*: 01 — Mes / *Mes*: 08 — Año / *Ano*: 1937

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* ☐ — Mujer / *Muller* ☒

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33146815-C
- ☐ Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / ***Hora e data da defunción*** — Hora : minutos / *Hora : minutos*: 20:25 — Día / *Día*: 14 — Mes / *Mes*: 04 — Año / *Ano*: 2014

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / ***¿En que concello ocorreu a defunción?:*** Santiago de Compostela

Domicilio particular / *Domicilio particular* ☒ — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* ☐ — Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* ☐ — Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* ☐ — Otro lugar / *Outro lugar* ☐

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causas de defunción*** *(consultar instrucións na páxina 2)* — **Intervalo de tiempo aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) PARADA CARDIO-RESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) CARDIOPATIA HIPERTENSIVA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5] — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / ***¿Houbo indicios de morte violenta?*** Sí/*Si* ☐ No/*Non* ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / ***¿Practicouse autopsia clínica?*** Sí/*Si* ☐ No/*Non* ☒

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: / ***¿A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:***

Accidente de tráfico / *Accidente de tráfico* — No/*Non* ☒ — Sí/*Si* ☐

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No/*Non* ☒ — Sí/*Si* ☐

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*Sí* ☒ No/*Non* ☐

Incineración condicionada por:/*Incineración condicionada por:*

☐ **Retirada de Marcapasos/*Retirada de marcapasos***

☐ **Tratamiento con Isótopos Radioactivos/*Tratamento con isótopos radioactivos***

☐ **Existencia de prótesis/*Existencia de prótesis***

En Santiago, a 14 de Abril de 2014
En , a de de

Firma del médico
Sinatura do médico

DNI 33005872
DR. [illegible] SANCHEZ
CORREDOIRA 15/1512097

Instrucciones básicas de Certificación:

La OMS recomienda que en la cumplimentación de las causas de defunción se comience por la **causa Inmediata** y se termine por la causa **Inicial o fundamental**, es decir, en un orden natural de arriba hacia abajo, respondiendo a las palabras **"debido a"** que facilitan la comprensión del concepto de **secuencia lógica**, tan importante para la selección de la Causa Básica de Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

1 Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afección y el momento de la defunción, de tal forma que el tiempo anotado en el apartado I.(a) debe ser inferior o igual a I.(b), y éste a su vez inferior o igual a I.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el período en una única unidad de tiempo y tan solo hay que rellenar una por proceso y línea. Si hubiera que anotar más de un proceso en una línea, el tiempo anotado debe corresponder al primer proceso informado (el más importante).

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días — Horas ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

2 Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral — debido a ↓ Horas 3 ☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

3 Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada.

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐5

II

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Ejemplo: Diabetes — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas y/o siglas.
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuadrados previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola **causa Inmediata** e se remate coa causa **Inicial ou fundamental**, é dicir, nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palabras **"debido a"** que facilitan a comprensión do concepto de **secuencia lóxica**, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunción.*

***Causa básica de defunción:** "Enfermidade ou lesión que iniciou a cadea de acontecementos patolóxicos que conduciron directamente á morte, ou as circunstancias do accidente ou violencia que produciu a lesión fatal".*

1 *Intervalo de tempo aproximado*

Anotar o tempo transcorrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) debe ser inferior ou igual a I.(b), e este á súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluíntes, é dicir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado(o máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días — Horas ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

2 *Causa inmediata:*

(a) Indicar a enfermidade ou estado patolóxico que produciu a morte directamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, senón a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — *debido a* ↓ Horas 3 ☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐☐

3 *Causas intermedias*

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que producira a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — *debido a* ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐2

(c) Pielonefrite crónica — *debido a* ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐2

4 *Causa inicial ou fundamental*

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou á defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 1 0

II

5 *Outros procesos:*

Outros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐5

Outras recomendacións

1. *Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.*
2. *Evitar abreviaturas e/ou siglas.*
3. *Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.*
4. *Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.*
5. *Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.*

Nota: as dúas liñas de cadrados previstas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ROSA AÑÓN FANDIÑO , con documento identificativo DNI, 33146815C según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 14 DE ABRIL 2024 a las 20:25 horas, acaecida en SANTIAGO DE COMPOSTELA.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a 15 de ABRIL 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
15/04/2024 11:16	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública	ENCARGADO

RG:8d$x-qUgd-ACvd-vtm8